



《 PEG・P-TEG交換申込み用紙 》

大泉記念病院 地域連携室 行 FAX:0224-22-2580

依頼元の情報

機関・事業所名			
住所			
電話番号		FAX番号	
担当者	所属		氏名

患者様情報

フリガナ		<input type="checkbox"/> 男	当院 I D	
患者氏名		<input type="checkbox"/> 女		
生年月日		生		歳
住所				

依頼内容

依頼内容	<input type="checkbox"/> PEG交換 <input type="checkbox"/> P-TEG交換 <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
現在の PEG状況	前回交換日 :		
	メーカー/製品名:	/	REF : _____
	種類	<input type="checkbox"/> チューブ (_____ Fr , _____ cm)	
		<input type="checkbox"/> ボタン (_____ Fr , _____ cm)	
<input type="checkbox"/> その他 (_____ Fr , _____ cm)			

交換型式	※特に希望がなければ、前回と同じタイプでの交換となります。希望がある場合は事前に電話にて連絡下さい。
交換日	※交換予定日は、調整後「予約票」にてお知らせいたします。なお、調整には1週間程度かかる場合がございます。
備考	※原則外来交換とします。(入院にて交換希望の方は、別途ご相談下さい) ※前回交換時より、患者様の状態に変化があった場合は、お申し込み前にご連絡下さい。

医療法人浄仁会 大泉記念病院 地域医療連携課

電話番号: 0224-22-2560 (直通) 月~金 8:45 ~ 17:00

FAX番号: 0224-22-2580 (代表) 24時間受付